



14 227
Geneva Lane Medical Library
UNIVERSITÉ DE GENÈVE — Faculté de Médecine
Clinique Médicale — Professeur Docteur G. HUMBERT

Contribution à l'étude de l'abcès de fixation

THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève
pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine
par

HENRY AZOF-HERSHON

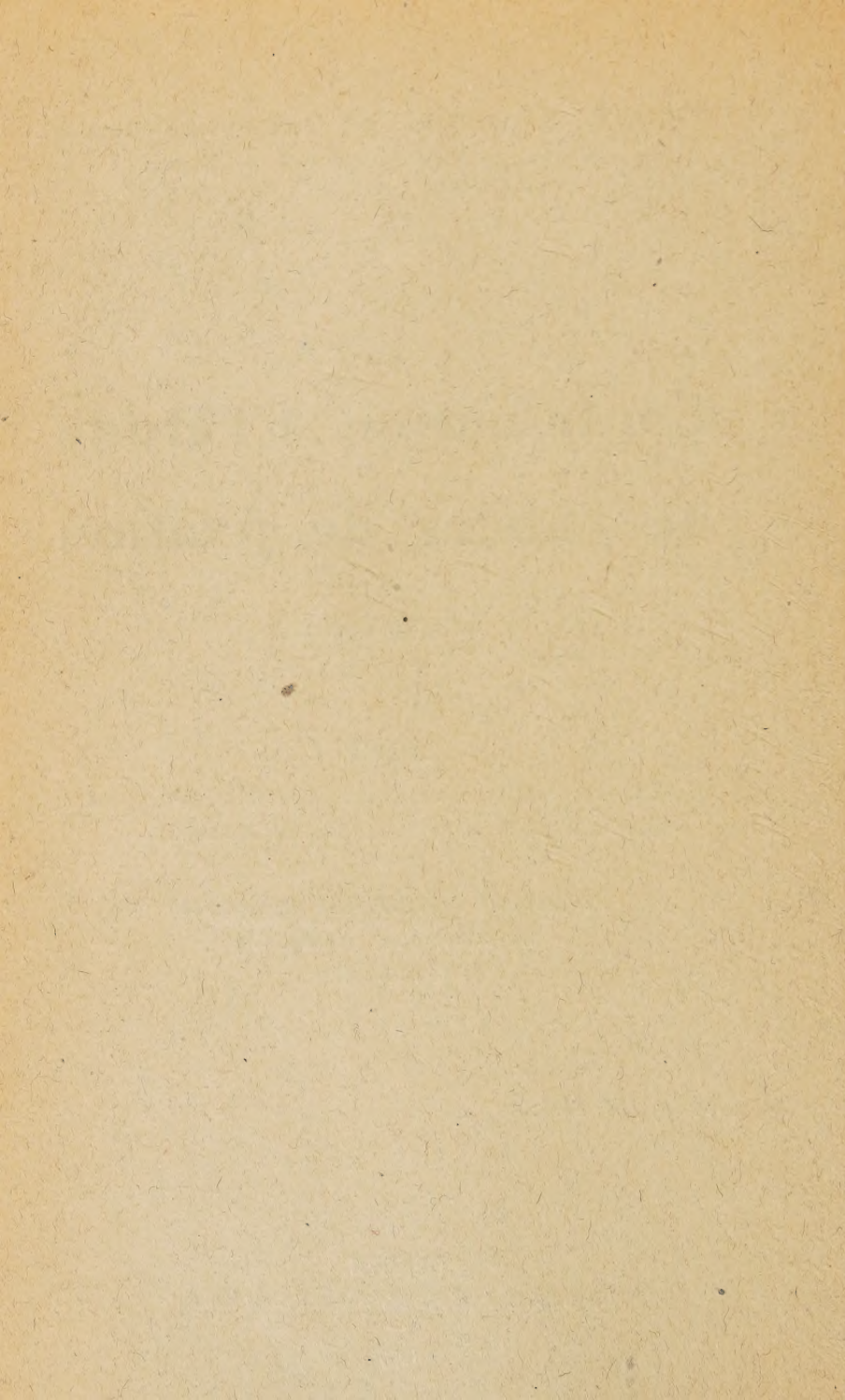
DE MONTRÉAL (CANADA)

B. Sc. (Mc Gill)

Thèse N° 1222.

GENEVE
IMPRIMERIE J. GUERRY, 23, RUE DES BAINS

1927



UNIVERSITÉ DE GENÈVE — Faculté de Médecine
Clinique Médicale — Professeur Docteur G. HUMBERT

Contribution à l'étude de l'abcès de fixation

THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève
pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine
par

HENRY AZOF-HERSHON

DE MONTRÉAL (CANADA)

B. Sc. (Mc Gill)

Thèse N° 1222.

GENEVE

IMPRIMERIE J. GUERRY, 23, RUE DES BAINS

—
1927

*La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de M.
de Prof. G. Humbert, autorise l'impression de la présente
thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les pro-
positions qui y sont énoncées.*

Genève, le 13 mai 1927.

Le Doyen,

Dr M. ROCH.

A mes chers parents

Témoignage de profonde reconnaissance.

A Mademoiselle Génia Freier

Hommage de mon admiration.

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur le Professeur G. Humbert, qui m'a guidé dans le présent travail et m'a toujours témoigné un bienveillant intérêt.

Mes sincères remerciements également à Messieurs les Professeurs de la Faculté de Médecine, ainsi qu'aux internes et en particulier à Mademoiselle la Doctoresse Tcherniak et à Monsieur le Dr Finck.

Contribution à l'étude de l'abcès de fixation

Les épidémies de grippe avec complications pulmonaires et celles d'encéphalite, de ces dernières années, ont remis à l'ordre du jour le traitement par l'*abcès de fixation*. Ce dernier a été introduit en 1891 par le Professeur A. Fochier, amené à cette méthode thérapeutique par l'observation clinique suivante :

Chez les malades atteintes de fièvre puerpérale et qui présentaient au cours de l'évolution de l'infection générale un foyer purulent localisé (phlegmon du sein, arthrite, salpingo-ovarite), on notait souvent une amélioration allant de pair avec l'apparition des signes de suppuration localisée.

Tout dernièrement, Maurice Villaret Justin-Besançon et René Fauvert rapportent une observation qui montre une fois de plus la coïncidence de l'arrêt de l'évolution d'une infection générale grave avec l'apparition d'une collection purulente localisée : Il s'agit d'une jeune fille atteinte d'une septicémie à staphylocoques. Les traitements variés, tels que l'auto-hémothérapie, la colloïdothérapie, trypaflavine et divers vaccins, appliqués dans l'espace de cinq mois, n'ont eu aucun effet favorable évident. En revanche, dès l'apparition spontanée d'un vaste abcès au niveau de la cuisse, l'évolution de la maladie a pris brusquement, en quatre jours, une tournure favorable.

Enfin, les auteurs signalent que la tuberculose pulmonaire de la malade paraît avoir également bénéficié de cet incident : depuis l'ouverture de l'abcès, les troubles pulmonaires se sont très sensiblement amendés. Etant donné la guérison simultanée de la septicémie, nous nous demandons si ce n'est pas à elle que l'amélioration de la tuberculose doit être attribuée en premier lieu.

Fochier donna à ces foyers purulents formés spontanément le nom d'*Abcès de fixation*, nom qu'il réserve ensuite

aux suppurations qu'il préconisa de provoquer artificiellement dans un but curatif.

Remarquons, entre parenthèses, que l'action salutaire des suppurations localisées sur l'évolution d'une septicémie ou d'une pyohémie a été connue bien longtemps avant Fochier. Ces collections purulentes ont été baptisées du nom d'*Abcès critiques*.

Le mérite de cet auteur est d'avoir créé, en s'inspirant de ces faits connus, une méthode thérapeutique qui, dès le début, se montra très féconde en résultats et qui, au bout de 35 ans de sa découverte, reste toujours à l'honneur.

Après avoir essayé du sulfate de quinine et du sulfate d'argent, substances qui ne provoquaient la suppuration que très lentement, Fochier eut recours à l'essence de térébenthine, qu'on employa généralement jusqu'à aujourd'hui dans la pratique des abcès de fixation.

Selon les indications du promoteur de la méthode, l'injection doit être faite dans le tissu cellulaire lâche sous-cutané, à raison de 1 à 3 cc, dose maximale qu'il n'a jamais dépassée. L'introduction du liquide est indolore ; la douleur apparaît généralement dans l'espace de quelques heures. La collection purulente évoluant soit comme abcès chaud, soit comme abcès froid, ne donne des signes évidents que le troisième ou le quatrième jour après l'injection, et quelquefois plus tard. Lorsque l'abcès formé ne produit pas d'ulcération de la peau, il est indiqué de faire une incision.

D'après Fochier, la provocation de l'abcès de fixation à l'aide d'essence de térébenthine, est indiquée : « Dans toute infection pyogène grave, lorsqu'il n'y a pas de suppuration en voie de formation ou lorsque la fixation n'est pas en rapport par son importance avec la gravité de l'état général. »

Nous verrons plus loin que le champ d'application du traitement de Fochier s'est élargi au delà des affections pyogènes. En insistant sur l'innocuité de la méthode, Fochier préconise dans les cas graves la provocation de plusieurs abcès à la fois, ou à distance de quelques jours, de

façon à obtenir une « fixation continue », qui paraît à l'auteur essentielle pour le succès de la méthode.

A la suite de la communication de Fochier, Lépine a appliqué le traitement en question dans un cas de pneumonie grippale, très grave, au douzième jour de la maladie. Les quatre phlegmons provoqués aux quatre membres, par des injections de 1 cc d'essence de térébenthine ont eu un effet salutaire manifeste. Le jour où on a incisé les abcès, la pneumonie a été déjà guérie.

Dieulafoy obtint un succès non moins éclatant chez une femme gravement atteinte d'une double broncho-pneumonie d'origine grippale. Alors que la malade se trouva, au moment de l'administration de l'essence de térébenthine, dans un état considéré comme désespéré, les quatre phlegmons provoqués absolument amicrobiens, n'ont pas tardé à produire une amélioration suivie bientôt d'une guérison complète.

A la même époque, le Professeur Bard a appliqué le traitement de Fochier dans un cas de pneumonie surtout adynamique, accompagnée d'albuminurie, chez un athéromateux. L'abcès térébenthiné a hâté la résolution, qui le neuvième jour de la maladie, se faisait encore attendre.

Ces résultats encourageants ont été contredits par ceux qu'ont obtenus à la même période Chantemesse et Marie ; sur les huit malades observés, aucun n'a bénéficié du traitement. Il s'agissait de vieillards chez lesquels, comme on le sait, la pneumonie revêt le plus souvent une gravité exceptionnelle. Ces observations, ainsi que celles de Deny de Rendu, défavorables à la méthode de Fochier n'ont pas empêché que cette méthode se généralise de plus en plus pour acquérir rapidement une place importante dans la thérapeutique des maladies infectieuses en premier lieu, et aussi de certaines affections non infectieuses. Sans avoir été complètement délaissées à aucune période depuis leur introduction, les injections de térébenthine ont repris, comme nous l'avons mentionné, surtout dans les années d'épi-

démies de broncho-pneumonie grippale et d'encéphalite (1918-1920 et hiver 1926-1927).

Les observations d'application du traitement de Fochier dans ces maladies, sont trop nombreuses pour pouvoir être discutées ici. Nous n'étudierons dans ce travail que nos observations personnelles, se rapportant aux résultats obtenus par les injections de térébenthine dans des maladies semblables, considérées comme étant les plus favorables au traitement de Fochier. En revanche, il nous paraît intéressant de signaler ici l'effet très favorable qu'a donné dernièrement à Boidois, l'abcès térébenthiné dans un cas de septicémie pure à méningocoques B. La malade, qui depuis un mois avait tous les soirs de 39 à 40°, est devenue apyrétique sept jours après l'injection sous-cutanée de 1½ cc d'essence de térébenthine. L'abcès s'était formé en quatre jours, et la cicatrisation a été complète dix jours après l'injection.

Enfin, l'abcès de fixation est pratiqué couramment dans certaines psychopathies, en premier lieu dans la confusion mentale, avec des résultats encourageants (1).

Actions secondaires. — L'innocuité de la méthode a été reconnue par les auteurs plus haut cités qui, à la suite de la communication de Fochier, furent les premiers à l'appliquer chez leurs malades (Lépine, Dieulafoy et Bard). A part la réaction inflammatoire plus ou moins prononcée (douleur, rougeur, tuméfaction) à l'endroit de la piqûre, ces auteurs n'ont en effet observé aucun trouble sérieux. La douleur, qui dans certains cas peut être extrêmement vive, est dans la plupart des cas bien tolérée ; elle apparaît généralement dans les premières heures qui suivent l'injection ; aiguë au début, elle diminue très rapidement, mais l'endroit injecté peut rester encore sensible pendant 24 à 48 heures.

(1) Voir Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris : séances des 23 et 30 avril 1926.

La tuméfaction devient, dans le cas où il y a formation d'abcès, plus ou moins évidente le troisième ou cinquième jour après l'injection. Parfois le pus s'accumule par une ulcération formée spontanément ; mais dans la plupart des cas, on doit faire l'incision ; cette dernière est indiquée même dans les cas où la tuméfaction et la fluctuation sont relativement peu accusées, la poche purulente pouvant être masquée par une couche adipeuse.

Comme l'a bien spécifié Fochier, l'injection doit être faite dans le tissu cellulaire lâche ; il n'y a pas d'inconvénient que l'essence s'infiltre dans le tissu adipeux ; l'infiltration de l'aponévrose et du derme doit par contre être évitée afin de ne pas provoquer du sphacèle de ces tissus.

L'abcès de fixation a été dernièrement sévèrement critiqué par le Dr Comby (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, séance du 23 avril 1926) ,en lui déniaut toute action utile. Il cite une observation sud-américaine de mort survenue après l'incision de l'abcès.

Ce cas malheureux présente, il faut le reconnaître, une très rare exception ; comme l'a fait très justement remarquer le Dr Netter, il ne doit pas nous faire abandonner une thérapeutique qui s'est montrée très utile ; pas plus que les décès malheureux observés également très rarement après les injections du sérum ne nous font renoncer à la sérothérapie.

D'ailleurs, il faut remarquer que dans le cas cité par Comby, l'injection a été faite non pas dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais *profondément*, probablement dans le muscle. L'ouverture de l'abcès a été tardive, quinze jours après l'injection. Enfin, comme le fait remarquer Queyrat, l'hémorragie abondante dénoncée par les caillots sanguins constatés à l'incision, est peut-être due à une blessure d'un vaisseau profond.

Le mode d'action

Fochier, qui ne s'est d'ailleurs pas beaucoup préoccupé du côté théorique de la question, considère l'abcès comme un lieu d'appel des éléments infectant l'organisme, d'où le nom d'*abcès de fixation* qu'il proposa. Cette interprétation ne cadre pas avec les faits observés, puisque l'abcès térébenthinien provoqué par exemple dans la pneumonie, est, comme l'a montré Dieulafoy, microbien.

D'autres ont invoqué l'action ozonizante, antiseptique de l'essence de térébenthine sans apporter des preuves à l'appui.

Pour Dieulafoy, l'abcès de fixation est une révulsion énergique et une dérivation du processus inflammatoire, d'où le nom d'abcès de dérivation que cet auteur préconisa. Si l'action révulsive des injections d'essence de térébenthine est certaine, il est peu probable que la dérivation joue un rôle important dans le processus de guérison attribué à l'abcès.

On a invoqué encore l'action salutaire des phagocytes dont la production dans l'organisme serait stimulée par l'injection irritante.

Enfin la dernière hypothèse qui se présente à l'esprit, à la lumière de nos connaissances actuelles sur le traitement par les protéines et les colloïdes en général administrés par la voie parenthérale, est la suivante : de même que dans la colloïdothérapie et dans la protéinothérapie, il faut admettre que les injections d'essence de térébenthine stimulent non seulement la production des leucocytes, mais également de toutes les réactions de défense de l'organisme, dans sa lutte contre l'agent pathogène.

Recherches personnelles

L'épidémie de grippe de l'hiver 1926-27 nous a fourni l'occasion d'étudier les effets du traitement de Fochier chez vingt-deux malades hospitalisés dans les services de mon Maître le Professeur Humbert. Il s'agit de malades atteints dans la presque totalité des cas de bronchopneumonie grippale, dont plusieurs ont présenté en plus une pleurésie ; deux cas seulement portent le diagnostic de pneumonie franche.

L'injection d'essence de térébenthine a été faite dans tous ces cas dans le tissu cellulaire sous-cutané de la partie supérieure et antéro-externe de la cuisse. L'incision de l'abcès avait lieu entre le quatrième et le huitième jour après l'injection, en rapport avec la netteté de la tuméfaction ; dans les cas où on n'avait constaté aucun signe de tuméfaction, on a jugé inutile d'inciser.

Les injections ont été sans exception bien tolérées par nos malades. A part la douleur plus ou moins accentuée signalée par eux dans les premières heures consécutives à l'injection, on n'avait noté aucun phénomène fâcheux. La cicatrisation de la plaie de l'incision a été dans tous les cas obtenue sans complications dans l'espace de deux à trois semaines. Voici d'ailleurs les résumés de nos observations.

Observations personnelles

OBSERVATION 1

Femme de 82 ans. Entre à l'hôpital le 1.XII.26.

Diagnostic : Grippe, anémie pernicieuse, néphrocirrhose, bronchopneumonie.

Status d'entrée.

Femme âgée, amaigrie, faciès pâle, pas de dyspnée, pas de cyanose, légère œdème de chevilles.

Désorientée dans l'espace et dans le temps. Temp. 37,6.

Submatité aux sommets. Vibrations mal perçues. Murmure vésiculaire normal aux parties moyennes et aux bases, respiration rude aux sommets, surtout à droite. Retentissement de la voix au sommet droit. Pression 12-61½. Pouls régulier.

14.XII.26. Température vespérale 38,2. La malade se sent abattue.

16.XII.26. Quelques râles bronchiques aux poumons.

19.XII.26. Aux deux bases, râles sous-crépitaants fins confluents, plus nombreux à la base droite. Légère dyspnée.

21.XII.26. Etat stationnaire.

22.XII.26. Les râles aux bases sont plus humides, moins confluents.

24.XII.26. Va mieux. Les râles sont moins nombreux.

Examen du sang : Hémoglobine 45 %.

Globules rouges 2,890,000.

Globules blancs 08.

Poikilocytose. Pas de globules rouges à noyaux. Pas de mégalo blastes. Pas de myélocytes.

28.XII.26. La température monte de nouveau à 39,3. Râles sous-crépitaants fins, inspiratoires, confluents, de différents calibres aux deux bases.

30.XII.26. L'état s'aggrave. La malade est très abattue.

30.XII.26. Souffle tubaire aux deux bases avec râles sous-crépitaants nombreux. Injection d'essence de térébenthine.

Exitus dans la nuit.

OBSERVATION 2.

Femme de 68 ans. Entre à l'hôpital le 22.XII.26.

Diagnostic : Grippe bronchopneumonie, myocardite. Temp. 39.

Status d'entrée.

Femme âgée, en bon état de nutrition, dyspnéique, un peu d'œdème aux chevilles.

Aux poumons. sonorité normale. Vibrations faiblement perçues. Gros râles humides disséminés sur toute la hauteur des deux poumons.

28.XII.26. Point de côté au sommet gauche. Foyer de râles sous-crépitants inspiratoires de différents calibres, pas de souffle au sommet gauche.

A la base gauche, foyer de gros râles sous-crépitants, presque gargouillements. Dyspnée. Pouls irrégulier. Injection d'essence de térébenthine.

30.XII.26. L'abcès se forme. L'état général est meilleur. Râles de retour à la base gauche. Arythmie.

4.I.27. La malade va beaucoup mieux. Température 37,6, 37,5. Tousse moins. La base gauche est presque dégagée. Au sommet gauche, râles de retour, râles bulleux.

6.I.27. Ouverture de l'abcès, très peu de pus. Temp. 37,3.

11.I.27. Vibrations exagérées au sommet droit. Retentissement de la voix. Sommet gauche vibrations normales, respiration un peu faible, pas de râles. L'abcès se vide bien.

18.I.27. L'abcès est presque fermé. Cœur arythmique. Poumons r. d. p. Temp. 36,8, 37,4.

25.I.27. L'abcès est fermé depuis quelques jours. La malade est légèrement subfébrile. Poumons r. d. p. Cœur arythmique.

La malade continue son séjour à l'hôpital pour son cœur.

OBSERVATION 3.

Homme de 56 ans.

Entre à l'hôpital le 23.XII.26

Diagnostic : Grippe bronchopneumonie.

Status d'entrée.

On note une dyspnée, toux, expectoration. Miction difficile. Temp. 37.

Système respiratoire : Râles sur toute l'étendue des deux poumons. Vibrations diminuées à la base droite.

3.I.27. Injection sous-cutanée de 2 cc. d'essence de térébenthine. L'abcès se forme très lentement. Temp. 36,6, 37,4.

10.I.27. Incision de l'abcès. Il ne s'écoule que du sang. Temp. 36,9 37.

12.I.27. Il s'écoule un peu de pus.

15.I.27. Pus abondant. Etat général meilleur.

22.I.27. La plaie est en bonne voie de cicatrisation. Etat général bon.

5.II.27. Exéat guéri.

OBSERVATION 4.

Femme de 34 ans.

Entre à l'hôpital le 26.XII.26.

Diagnostic. Grippe, bronchopneumonie, pleurésie gauche.

Status d'entrée.

Jeune femme, cyanose de la face, dyspnée. Grande faiblesse. Les yeux enfoncés dans les orbites.

Expectoration de crachats rouillés, pneumoniques.

Température 40,2.

Système respiratoire. Au sommet droit, souffle tubo-cavitaire, bronchopneumonie. Râles disséminés à la base droite.

A gauche, râles sous-crépitaux, matité, souffle tubaire, vibrations exagérées.

Pression 10½, 6½. Pouls 120, bien frappé.

Traces d'albumine dans l'urine.

28.XII.26. Souffle tubaire vers l'angle inférieur de l'omoplate gauche. Quelques râles au-dessus.

Injection de 2 cc d'essence de térébenthine.

Temp. 40,3, 39,9.

29.XII.26. La malade est dyspnéique. Fort point de côté à gauche. Temp. 40,2, 39,7.

30.XII.26. Pas de signes d'abcès. Frottement à la base gauche ; au-dessus souffle tubaire, très sec. Râles sous-crépitaux fins à la base droite.

Ponction pleurale exploratrice à gauche.

On retire quelques cc de liquide citrin clair. Rivalta pos.

Temp. 40, 40,1.

31.XII.26. Forte dyspnée, cyanose, pouls petit rapide. Sueurs froides.

Exitus.

OBSERVATION 5.

Femme de 70 ans.

Entre à l'hôpital le 27.XII.26.

Diagnostic : Grippe bronchopneumonie.

Status d'entrée.

La malade est dyspnéique, légèrement cyanosée, très agitée, pouls rapide, petit, pas d'œdème.

Pression 15-7½.

Submatité des deux bases. Vibrations mal perçues. Râles bronchiques disséminés. Foyer de râles sous-crépitaux confluents à la base droite et à la partie moyenne gauche.

28.XII.26. Très dyspnéique, pouls rapide. On injecte 1 cc d'essence de térébenthine. Saignée de 300 cm³. Urée dans le sang 0,41. Temp. 37,6, 38,4.

30.XII.26. L'abcès commence à se former. Même état général et pulmonaire.

1.I.27. Râles sous-crépitaux confluents à la base droite, au sommet droit et à la partie moyenne gauche. La malade est très dyspnéique. Pas de signe d'abcès.

3.I.27. Très dyspnéique, pouls régulier, mais rapide.

4.I.27. Exitus.

OBSERVATION 6.

Femme de 58 ans.

Entre à l'hôpital le 28.XII.26.

Diagnostic : Grippe bronchopneumonie.

Status d'entrée.

Femme en bon état de nutrition. Faciès congestionné, dyspnée, respiration bruyante. Temp. 37.

Submatité des deux bases. Vibrations diminuées. Sibilances et râles bronchiques disséminés dans les deux poumons. Foyers de râles sous-crépitaux fins inspiratoires entre le hile et la base du poumon gauche. Quelques râles sous-crépitaux à la base droite. Expiration prolongée.

29.XII.26. Submatité des deux bases plus prononcée à gauche. Respiration soufflante. Râles sous-crépitaux peu nombreux. Dyspnée prononcée. Injection sous-cutanée 1 cc d'essence de térébenthine.

31.XII.26. Foyer de bronchopneumonie à gauche. Faciès très congestionné. Pression 15-8½.

1.I.27. Saignée de 300 cm³. La malade est dyspnéique. Râles sous-crépitaux aux deux bases. Urée dans le sang 0,40. Dans l'urine traces d'albumine.

2.I.27. Pas d'abcès. La malade est très dyspnéique, cyanosée. Faciès très congestionné, violet. Statu quo.

3.I.27. Cyanose des extrémités. Pression bras gauche 10 h. du matin 15-7¼. Pouls bondissant.

Exitus le soir.

OBSERVATION 7.

Femme de 45 ans.

Entre à l'hôpital le 28.XII.26.

Diagnostic : Grippe épidémique, pneumonie grippale, pleurésie droite.

Status d'entrée.

Dyspnée, légère cyanose des lèvres et des extrémités. Pouls petit 120 à la minute. Pression 12, 7. Temp. 40.

Système respiratoire : A droite, matité, vibrations abolies, obscurité respiratoire à l'extrême base ; souffle tubaire avec râles sous-crépitaux inspiratoires fins au-dessus.

29.XII.26. *Ponction exploratrice.* Quelques cc. de liquide citrin Rivalta positif. Eléments polynucléaires, lymphocytes.

Vers 13 h. La malade commence à transpirer. Le pouls est bon.

Vers 16 h. La transpiration s'arrête, la température reste haute. Le pouls est rapide. La malade est très agitée et dyspnéique.

A 17 h. Injection intramusculaire de 2 cc. d'essence de térébenthine.

A 20 h. Très forte dyspnée, facies grippé, nez pincé, cyanose des extrémités. Saignée de 120 cc. La malade est un peu soulagée. Elle est moins dyspnéique, plus calme.

A 22 h. Exitus.

OBSERVATION 8.

Femme 49 ans.

Entre à l'hôpital le 28.XII.26.

Diagnostic : Grippe, bronchopneumonie et pleurésie droite.

Status d'entrée.

Jeune fille en bon état de nutrition. Bien conformée. Pas d'œdème, pas de cyanose. Face un peu hyperémie. Herpès labial assez prononcé. Un peu dyspnée. (Orthopnée.) Tousse beaucoup et expectore des crachats pneumoniques avec filets sanguinolents.

Température 40,3.

Pression 12-8,5.

Système respiratoire. Râles disséminés au niveau du lobe moyen du poumon droit. Vibrations exagérées et matité à la partie moyenne du poumon gauche. Souffle tubaire au même niveau. Râles sous-crépitaux de calibre moyen jusqu'à la base à gauche.

29.XII.26. Injection sous-cutanée de 2 cc. d'essence de térébenthine. Très mauvais état général, dyspnée, facies grippé.

30.XII.26. Matité, vibrations exagérées. Souffle tubaire. Râles sous-crépitaux sur toute la hauteur du poumon gauche.

Au poumon droit, vibrations diminuées, l'extrême base est mate.

31.XII.26. Souffle moins net. Temp. 40,3.

2.I.27. L'état général est très grave. Dyspnée. Nombreux râles au poumon gauche. Obscurité respiratoire à l'extrême base droite.

3.I.27. *Ponction exploratrice à droite.* Liquide citrin. Rivalta positif. Lymphocytes.

4.I.27. Liquide diminue à la base droite. Râles de retour à gauche. L'abcès de fixation prend bien. L'endroit est très infiltré.

5.I.27. Ouverture de l'abcès. Il s'écoule peu de pus.

6.I.27. Souffle aux deux temps, surtout expiratoire dans la région moyenne gauche. Vibrations diminuées. A droite le liquide se résorbe. La température se maintient autour de 38.

10.I.27. La malade va mieux. L'abcès donne bien. Le souffle diminue de densité à la base gauche. L'herpès est encore très marqué.

17.I.27. Meilleur état général. Quelques râles à la base du poumon gauche. Il se forme un abcès en dessous de l'incision de l'abcès de fixation. On passe la sonde cannelée et le pus s'écoule.

24.I.27. L'abcès commence à sécher. Murmures vésiculaires diminués à la base gauche.

3.II.27. L'abcès est fermé. La malade va bien.

Exéat guérie.

OBSERVATION 9.

Femme de 77 ans.

Entre à l'hôpital le 28.XII.26.

Diagnostic : Grippe bronchopneumonie, aortite.

Status d'entrée.

Femme âgée, petite, pâle, plutôt maigre.

Dyspnée, pas de cyanose, pas d'œdème.

Varices et ulcère variqueux à la jambe droite. Temp. 39.

A l'auscultation, râles bronchiques disséminés ; à la base droite, foyer de râles sous-crépitaux de différents calibres.

29.XII.26. Injection sous-cutanée de 2 cc. d'essence de térébenthine.

30.XII.26. Foyer de bronchopneumonie à la base droite. Râles sous-crépitaux confluent.

31.XII.26. Va un peu mieux. A l'auscultation, pas de changement.

3.I.27. Les râles à la base droite deviennent plus gros, plus humides. Légère obscurité à la base gauche. L'abcès se forme bien.

4.I.27. Ouverture de l'abcès. Temp. 38,2, 38.

6.I.27. La malade va beaucoup mieux.

8.I.27. L'abcès donne bien. Elle se sent un peu plus fatiguée, devient plus dyspnéique. A l'auscultation, foyer de râles sous-crépitants 2-3 cm. plus bas que l'angle inférieur de l'omoplate droite. Foyer de râles confluents sous-crépitants à la base gauche.

10.I.27. Dyspnée, pouls rapide. L'état devient de nouveau grave.

11.I.27. Râles trachéals. Forte dyspnée. Pouls rapide, petit. Foyers de bronchopneumonie aux deux bases.

12.I.27. Même état.

13.I.27. Exitus.

OBSERVATION 10.

Femme de 38 ans.

Entre à l'hôpital le 28.XII.26.

Diagnostic : Grippe et pneumonie double.

Status d'entrée.

Face un peu cyanosée, surtout au niveau des lèvres. Orthopnée. La malade accuse une douleur au rebord costal droit.

Système respiratoire : En avant à droite, matité au niveau des lobes supérieur et moyen. Souffle tubaire. Vibrations exagérées. Râles sous-crépitants de calibre moyen à la partie supérieure.

A gauche : Râles sous-crépitants assez fins au sommet. Souffle tubaire à la partie moyenne.

En arrière à droite : Matité sur les deux tiers supérieurs du poumon. Souffle tubaire au lobe supérieur. A la base, nombreux râles sous-crépitants.

A gauche : Râles fins au lobe supérieur. Souffle tubaire à la partie moyenne. Matité aux deux tiers supérieurs.

110 pulsations à la minute. Pression 111½-6.

Traces d'albumine dans l'urine.

29.XII.26. Injection sous-cutanée de 2 cc. d'essence de térébenthine. Temp. 38, 39,1.

30.XII.26. Cyanose, pouls rapide, abdomen ballonné. A l'auscultation, statu quo. Pas de signes d'abcès. Temp. 39,2 36,4.

31.XII.26. Exitus.

OBSERVATION 11.

Femme de 68 ans.

Entre à l'hôpital le 29.XII.26.

Diagnostic : Grippe, bronchopneumonie.

Status d'entrée.

Femme âgée en bon état de nutrition, somnolente, euphorique. Tousse beaucoup, mais ne crache pas. Pas d'œdème, pas de cyanose. Température 40.5. Pouls rapide. Pression 121½-51½.

Système respiratoire : Matité des deux bases remontant jusqu'aux deux tiers du poumon droit. Vibrations abolies aux deux bases.

Poumon gauche : Rudesse respiratoire au sommet. Expiration prolongée et foyer de râles sous-crépitaux à la base.

Poumon droit : A la base, souffle et gros foyer de râles sous-crépitaux.

30.XII.26. Injection sous-cutanée de 2 cc. d'essence de térébenthine. Température 39,3, 38,8.

31.XII.26. La malade se trouve mieux. La température est tombée. Les râles sont plus gros et plus humides.

1.I.27. L'endroit injecté est rouge, infiltré. La malade va assez bien.

3.I.27. Matité à la base droite. Obscurité respiratoire à l'extrême base, au-dessus râles sous-crépitaux fins inspiratoires, et respiration soufflante.

Ponction exploratrice à droite.

Quelques cc. de liquide hémorragique. Rivalta positif. Éléments polynucléaires, lymphocytes, globules rouges. Prédominance de polynucléaires.

4.I.27. Matité à la base droite. Râles sous-crépitaux moyens à la partie moyenne gauche. Liquide à la base droite augmenté. La malade est très agitée, dyspnéique. Cyanose des extrémités. Pas de signes d'abcès.

5.I.27. Température 40,7 le soir.

Très dyspnéique, cyanose, pouls petit irrégulier.

Exitus.

OBSERVATION 12.

Femme 18½ ans.

Entre à l'hôpital le 29.XII.26.

Diagnostic : Grippe, bronchopneumonie purulente à droite.

Status d'entrée.

Jeune fille de taille petite, mais bien conformée, pas de malformations du squelette. Léger goitre diffus. Couleur de la peau, des muqueuses, normale. Pas de cyanose de la face. Pas de cyanose des extrémités. Pas d'œdèmes nulle part.

Tousse beaucoup. Peu d'expectoration muco-purulente. Pas de dyspnée prononcée. Température 39,7.

A droite, submatité dans la région du lobe supérieur et dans le flanc, sous Paisselle. Râles sous-crépitaux de différents calibres. Respiration soufflante. Vibrations augmentées légèrement au sommet. Pression 111½-61½.

Traces d'albumine dans l'urine.

30.XII.26. Injection sous-cutanée d'essence de térébenthine. Temp. 39,2, 39,7.

31.XII.26. Matité à la base droite. Vibrations diminuées à l'extrême base.

1.I.27. *Ponction exploratrice*. Quelques centimètres cubes de liquide puriforme de la plèvre droite. Rivalta très positif. Eléments polynucléaires en dégénérescence graisseuse, globules rouges, quelques rares staphylocoques.

2.I.27. L'abcès ne s'est pas formé. La malade est très dyspnéique. A l'auscultation, pas de changement. Crachats purulents.

3.I.27. Transférée en chirurgie, où elle est morte quelques jours après une thoracocentèse.

OBSERVATION 13.

Homme de 26 ans.

Entre à l'hôpital le 30.XII.26.

Diagnostic : Grippe, bronchopneumonie, métapleurésie.

Status d'entrée.

Jeune homme bien conformé. Tousse beaucoup et expectore des crachats muco-purulents. Face un peu cyanosée.

Température 40,3.

Pression 11-6½.

Système respiratoire : Vibrations augmentées. Souffle tubaire dans toute la région moyenne du poumon droit.

31.XII.26. Injection sous-cutanée d'essence de térébenthine 2 cc. Temp. 39,1, 40,3.

3.I.27. *Ponction exploratrice à droite*. Liquide louche, brunâtre. Rivalta positif. Nombreux polynucléaires.

4.I.27. Incision de l'abcès contenant beaucoup de pus. Temp. 38,9, 39,9. L'état général s'améliore progressivement.

15.I.27. L'abcès est en bonne voie de cicatrisation. L'état général est beaucoup meilleur. Temp. 37,1, 37,7.

4.III.27. Légères matité et obscurité à la base droite. L'abcès complètement cicatrisé. Etat général excellent.

Exéat guéri.

OBSERVATION 14.

Femme de 76 ans.

Entre à l'hôpital le 2.I.27.

Diagnostic : Grippe et bronchopneumonie.

Status d'entrée.

A la pointe du cœur, premier bruit prolongé. Quelques extrasystoles, deuxième bruit normal.

Pression $111\frac{1}{2}$ -7.

Température 39,4.

Système respiratoire : Matité aux bases. Vibrations bien perçues sur tout le poumon droit, faibles à la base gauche. Gros souffle à la base droite remontant jusqu'au-dessus de l'angle de l'omoplate.

A gauche, dans la région moyenne, souffle et gros râles, qui prennent de temps en temps un timbre métallique.

En avant, gros râles bronchiques disséminés.

3.I.27. Souffle tubaire à la base gauche. Râles sous-crépitaux peu nombreux. A la base droite, râles sous-crépitaux confluents avec souffle.

4.I.27. Le souffle à gauche est très net. A l'extrême base, quelques frottements perceptibles à la main.

6.I.27. Gros râles de retour à droite et à gauche. Le souffle tubaire persiste à gauche.

7.I.27. La malade est très abattue. Le pouls est mou.

9.I.27. Injection sous-cutanée de 2 cc. d'essence de térébenthine. Etat très précaire. Temp. 38,1, 38,4.

11.I.27. Pas de signes apparents d'inflammation.

Exitus.

OBSERVATION 15.

Homme de 54 ans.

Entre à l'hôpital le 4.I.27.

Diagnostic : Grippe, bronchopneumonie, insuffisance et rétrécissement aortique, insuffisance mitrale, néphrite chronique.

Status d'entrée.

Homme très prostré, dyspnéique, gros œdème des jambes. Points douloureux dans le flanc gauche.

Système respiratoire : Submatité dans la région moyenne des deux poumons avec sibilances. Vibrations exagérées à droite.

Pression 16-4.

Urée dans le sang 0,60.

4.I.27. Injection sous-cutanée de 2 cc. d'essence de térébenthine.

10.I.27. Incision de l'abcès, pus abondant.

24.I.27. Abcès en voie de cicatrisation. Toujours œdème des jambes.

28.III.27. Zone de matité du côté droit. Vibrations plus fortes à droite qu'à gauche.

Guéri.

OBSERVATION 16.

Femme de 67 ans.

Entre à l'hôpital le 6.I.27.

Diagnostic : Grippe, bronchopneumonie, pleurésie gauche, asystolie, insuffisance mitrale.

Status d'entrée.

Femme âgée, en assez bon état de nutrition, légère dyspnée, pas de cyanose, pas d'œdème. Temp. 39,2.

Aux poumons : Matité aux bases, surtout à gauche. Vibrations faibles, râles disséminés.

9.I.27. Injection sous-cutanée de 2 cc. d'essence de térébenthine. Temp. 38,9, 39.

10.I.27. Matité des deux bases, plus prononcée à gauche. Malgré la baisse de température à 37,4, 37,6, les foyers de bronchopneumonie sont nets, et l'état de la malade est grave.

13.I.27. Légèrement fébricitante. Etat général meilleur. Très nombreux râles des deux côtés. Pas de signes d'abcès.

18.I.27. Etat stationnaire. *Réinjection* de 2 cc. d'essence de térébenthine.

20.I.27. Infiltration assez marquée à l'endroit de l'injection. La malade a des nausées.

21.I.27. Ouverture de l'abcès. Il ne sort que du sang.

24.I.27. De petits foyers purulents se forment. Matité à la base gauche, vibrations abolies, œdème des chevilles. Traces d'albumine dans l'urine.

27.I.27. *Ponction exploratrice.* Liquide séro-fibro-sanguinolent. Rivalta positif. L'abcès donne très peu. Infiltration des parois de la plaie qui a un mauvais aspect. La malade devient de plus en plus œdomatiée, son état s'aggrave progressivement.

22.II.27. L'œdème remonte au thorax. Bruits du cœur rapides et sourds. L'abcès de fixation a meilleur aspect, mais donne du pus.

28.II.27. Exitus.

OBSERVATION 17.

Homme de 74 ans.

Entre à l'hôpital le 7.I.27.

Diagnostic : Grippe, bronchopneumonie.

Status d'entrée.

Homme âgé, forte cyanose de la face et des extrémités. Forte dyspnée. Tachycardie. Point de côté. Oedème malléolaire.

Température 39,9.

ystème respiratoire : Râles disséminés à gauche. Râles sur

toute la hauteur du poumon droit, matité avec vibrations exagérées et souffle aux deux temps.

8.I.27. Injection sous-cutanée de 2 cc. d'essence de térébenthine.

12.I.27. L'endroit de la piqûre est rouge, tuméfié.

15.I.27. Incision de l'abcès. Pus abondant.

20.I.27. Contre-incision. Le malade est soulagé. Toujours beaucoup de pus. Temp. 36,5, 37,4.

24.I.27. Le malade souffre moins. L'écoulement de pus de l'abcès diminue.

25.I.27. Péjoration de l'état général, le malade est très somnolent.

30.I.27. S'alimente mal. La plaie de l'abcès est presque cicatrisée.

2.II.27. Râles trachéals, forte obnubilation. Submatité à la partie moyenne du poumon droit avec léger souffle surtout inspiratoire. Toux sans crachats, malgré les expectorants. Temp. 38, 38,6.

4.II.27. Exitus.

OBSERVATION 18.

Homme de 50 ans.

Entre à l'hôpital le 7.I.27.

Diagnostic : Pneumonie grippale.

Status d'entrée.

Dyspnée, toux, expectoration abondante, cyanose très forte de la face et des extrémités. Pas d'œdème.

Température 38,3.

Pression 19-8.

Système respiratoire : Souffle aux deux temps à la partie moyenne du poumon droit.

Urée dans le sang: 0,57‰.

Traces d'albumine dans l'urine.

8.I.27. Injection sous-cutanée de 2 cc. d'essence de térébenthine.

12.I.27. Incision de l'abcès. Il s'écoule un peu de pus.

15.I.27. Le pus coule abondamment. Le poumon se dégage. L'état général s'améliore progressivement.

18.II.27. Rien de particulier aux poumons.

20.II.27. Plaie presque complètement cicatrisée.

3.III.27. Plaie bien cicatrisée.

Exeat guéri.

OBSERVATION 19.

Femme de 74 ans.

Entre à l'hôpital le 8.I.27.

Diagnostic : Grippe et bronchopneumonie.

Status d'entrée.

Dyspnée. Facies grippé. Pouls rapide. Temp. 38.

Système respiratoire : Submatité aux deux bases.

A la base gauche, vibrations augmentées et respiration soufflante.

Râles sous-crépitants inspiratoires aux deux bases.

Râles bronchiques disséminés.

Crachats purulents.

Appareil cardio-vasculaire : Bruits du cœur rapides et lointains. A la pointe, le rythme est renforcé. Rythme régulier. Pression au Vaquez-Laubry, 16-6¼.

On note des traces d'albumine dans l'urine.

9.I.27. Injection sous-cutanée de 2 cc. d'essence de térébenthine dans le tissu cellulaire de la cuisse gauche. Temp. 38,5, 38,8.

11.I.27. L'abcès paraît être en voie de formation. La malade est un peu plus calme.

15.I.27. L'abcès a très peu pris. A l'ouverture, il ne sort que quelques gouttelettes de pus. Il s'écoule, en revanche, beaucoup de sang.

16.I.27. La malade est très dyspnéique, cyanosée. Pouls rapide mais régulier. Râles sous-crépitants confluent aux deux bases. Pas de souffle.

17.I.27. Exitus.

OBSERVATION 20.

Homme de 54 ans.

Entre à l'hôpital le 10.I.27.

Diagnostic : Grippe, bronchopneumonie.

Status d'entrée.

Céphalées, inappétance, mauvais état général.

Le malade tousse et crache beaucoup.

Pression 12-7½.

Système respiratoire : Râles humides et sibilances disséminées sur toute la hauteur des deux poumons.

Température 38,7.

10.I.27. Injection de 2 cc. d'essence de térébenthine sous-cutanée.

12.I.27. Incision de l'abcès. Il ne vient que du sang. Temp. 38,2, 38,5.

15.I.27. Le pus apparaît. Temp. 37,8, 38,2. L'état général est meilleur. Les poumons se dégagent.

L'état général s'améliore progressivement et le malade sort guéri le 2.III.27.

OBSERVATION 21.

Femme de 66 ans.

Entre à l'hôpital le 14.I.27.

Diagnostic : Grippe, bronchopneumonie.

Status d'entrée.

Femme âgée, en assez bon état de nutrition, pas de cyanose, pas d'œdème. Dyspnéique. Cœur rapide, bruits étouffés.

Température 38,3.

Système respiratoire : Foyer de râles sous-crépitaux fins à la base droite. Vibrations faibles partout. Râles bronchiques disséminés.

18.I.27. Injection sous-cutanée d'essence de térébenthine 2 cc.

20.I.27. L'abcès se forme bien. La malade est toujours passablement dyspnéique. A l'auscultation, pas de changement. Temp. 36,8, 37,4.

22.I.27. Ouverture de l'abcès. Il s'écoule peu de pus. L'état général est assez mauvais. La malade est toujours dyspnéique. La base droite est très encombrée. La malade tousse et crache peu.

24.I.27. Une poche se forme à côté de l'incision. On fait une contre-incision et on passe un drain entre les deux. Le soir la température monte à 39. A l'auscultation, toujours pas de changement.

28.I.27. Par le drainage, l'abcès se vide bien. La cuisse est moins infiltrée. La plaie a un assez bon aspect. La malade se sent mieux. A l'auscultation, moins de râles.

31.I.27. L'abcès donne toujours beaucoup de pus. On laisse le drain. L'état général est très bon. Râles de retour.

7.II.27. On enlève le drain. L'abcès donne toujours passablement de pus.

21.II.27. La base est dégagée. Presque plus de râles. La malade va de mieux en mieux, et le 31.III.27, elle sort guérie.

OBSERVATION 22.

Femme de 63 ans.

Entre à l'hôpital le 24.III.27.

Diagnostic : Grippe, bronchopneumonie.

Status d'entrée.

Femme obèse, dyspnéique, pouls rapide bien frappé, facies grippé. Se plaint de diarrhée et des points de côté, des deux côtés.

Température 39,8.

Système respiratoire : Submatité des deux bases, surtout à gauche. Râles sous-crépitanants confluents à gauche, remontant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Un foyer de râles sous-crépitanants à la base droite, vers la ligne axillaire postérieure. Pas de souffle. Respiration rude à droite. Râles bronchiques et sibilances disséminés peu nombreux.

25.III.27. Foyer de bronchopneumonie à la base du poumon gauche.

26.III.27. Température toujours élevée, environ 40. Foyer des râles sous-crépitanants à la base droite; pas de changement à gauche.

29.III.27. Toujours fébricitante. Etat grave. Facies grippé. Poumon gauche : submatité à la base, vibration diminuée. Poumon droit : partie moyenne submatité, vibrations augmentées, respiration soufflante, râles sous-crépitanants confluents. Injection sous-cutanée de 2 cc. d'essence de térébenthine.

Sang : Hémoglobine 75.

Globules rouges 3,921,875.

Globules blancs 13,125, 12,862.

Valeur globulaire 0,9.

30.III.27. Globules blancs 16,500. Etat grave.

I.IV.27. Globules blancs 15,487. L'abcès ne se forme pas. Aux poumons, bloc à la base gauche, sans souffle. Foyer de râles sous-crépitanants à la partie moyenne droite. Etat prostré.

2.IV.27. Etat stationnaire. L'abcès ne se forme pas. Globules blancs 12,731. Réinjection de 2 cc. d'essence de térébenthine. A la base gauche, matité, vibrations augmentées. Râles sous-crépitanants confluents, petit souffle. Râles sous-crépitanants à la base droite et à la partie moyenne.

5.IV.27. Etat stationnaire. L'abcès de fixation. Infiltration nette. Rougeur. Douleur.

7.IV.27. La malade est moins abattue. L'abcès se forme.

11.IV.27. Ouverture de l'abcès. L'état de la malade est beaucoup meilleur. La température tombe en lysis.

Discussion et Conclusion

L'étude de nos observations montre tout d'abord le fait suivant : dans les cas où l'injection n'a point donné lieu à un abcès, la terminaison était fatale ; il en était de même dans les cas où l'incision de l'endroit de la piqûre n'avait donné que très peu de pus. En revanche, les malades qui ont répondu à l'injection par un abcès important ont guéri à l'exception d'une seule, chez laquelle la formation de l'abcès les premiers jours de son drainage, ont d'ailleurs coïncidé avec une amélioration ; mais l'aggravation n'a pas tardé à survenir et la malade a succombé 14 jours après l'injection.

Il semblerait donc légitime d'admettre que la méthode de Fochier peut servir de moyen d'épreuve de la gravité de l'atteinte de l'individu traité : la non-production d'une suppuration fixée à l'endroit de la piqûre serait d'un mauvais pronostic. Ce fait a d'ailleurs été signalé par Fochier lui-même, sans qu'il en ait donné l'explication. Si l'on reconnaît à l'abcès de fixation le pouvoir de provoquer la réaction de défense de l'organisme, dont l'abcès térébenthinien est une des manifestations, il devient compréhensible qu'un organisme gravement atteint soit incapable de faire les frais de ces réactions.

Quant aux résultats thérapeutiques que nous avons enregistrés, ils peuvent se résumer comme suit :

Sur les 22 malades soumis au traitement de Fochier, 12 ont succombé et 10 ont guéri, ce qui représente en chiffres ronds 45% de guérison.

Cependant, si l'on examine de près nos observations, notamment le temps qui sépare dans certains cas l'injection et le décès, on est obligé de reconnaître que cette statistique demande des corrections. C'est ainsi que dans les cas 1 et

7, l'injection d'essence de térébenthine a été faite en désespoir de cause, quelques heures avant la mort.

Dans les cas 14, 10, 12 et 4, les injections ont été faites également in-extremis et la mort est survenue le deuxième ou le troisième jour après l'injection ; or 2-3 jours sont généralement insuffisants pour le développement de l'abcès. Il nous paraît donc plus conforme à la réalité de ne pas prendre en considération **ces six cas**.

Nos résultats obtenus doivent donc être traduits par les chiffres suivants : sur 16 malades traités, six ont succombé et 10 ont guéri, ce qui représente 62,5% de guérison. Ces résultats nous paraissent très encourageants, étant donné que les malades guéris ont été gravement atteints et que l'amélioration est devenue évidente à partir de la formation de l'abcès.

Nous nous croyons donc autorisé à conclure que le traitement de Fochier a été chez nos malades d'une utilité réelle ; sans provoquer des phénomènes secondaires fâcheux, il a certainement favorisé — c'est là aussi l'impression nette de tous ceux qui ont vu les malades de près — le processus de guérison.

Bibliographie

- Bard, L.* — Sur un cas de pneumonie traitée par la méthode des abcès de fixation et suivie de guérison. Lyon médical, 1892, No 16, page 529.
- Chantemesse et Marie, R.* — Sur l'action des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. Bull. et Mem. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1892, séance du 27 mai.
- Comby J.* — Un cas de mort par abcès de fixation. Bull. et Mém. Soc. Hôp. Paris, s. 23 avril 1926.
- Dieulafoy.* — Traitement d'une pneumonie grippale suppurée par des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. Bull. et Mém. Soc. Hôp. Paris, s. du 25 mars 1892.
- Dutrembley, Henry.* — De la Pyogénèse artificielle, 1894, Thèse de Genève.
- Lumière, Auguste, et Montoloy, Marc.* — C. R., tome 183, p. 812. Académie des Sciences de Paris, séance du 4 novembre 1926.
- Netter.* — Des altérations locales qui peuvent succéder à l'injection de substances irritantes dans le tissu cellulaire ou le derme des pneumoniques. Bull. et Mém. Soc. Hôp. Paris, s. 25 mars 1892.
- Netter.* — A propos d'un cas de mort après abcès de fixation. Bull. et Mém. Soc. Hôp. Paris, s. 30 avril 1926.
- Queyrat.* — A propos des abcès de fixation. Bull. et Mem. Soc. Hôp. Paris, s. 21 mars 1926.
- Villaret, M. ustin-Besançon, Fauvert, R.* — Sur le mode de guérison d'une septicémie à staphylocoques (Rôle de l'abcès de fixation et effets secondaires sur l'évolution d'une tuberculeuse pulmonaire). Bull. et Mem. Soc. Hôp. Paris, s. 19 mars 1926.
- Wend und Weyrauch.* — Wirkungsweise der Terpentinsabscesse. Klinische Wochenschrift No. 4, 1927.
-

